

Solicitud del recuento de las divulgaciones de la información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés)

El formulario relleno puede ser devuelto al Departamento de HISM por correo electrónico HISM@wellpower.org, por fax al (303) 504-6504, o en persona/por correo postal a 4141 East Dickenson Place, Denver, CO 80222, atención: HISM.

Información de la persona a la que servimos

Por favor, complete la siguiente información sobre la persona cuya historia médica se solicita modificar.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____

#ID WellPower: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

Información del solicitante

Si usted está solicitando un informe de divulgación en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene su información a continuación. Debe incluirse la documentación que acredite su autoridad legal para realizar esta solicitud. Dejar en blanco si no procede.

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____

Organización: _____

Relación: _____

Su información de contacto

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Email: _____ Teléfono: _____

De acuerdo con el Reglamento de Privacidad de la HIPAA, usted tiene derecho a recibir un conteo de las divulgaciones de su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) realizadas por WellPower en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita el conteo. Usted puede solicitar divulgaciones hasta seis años atrás; sin embargo, la contabilidad no está obligada a incluir las siguientes divulgaciones que WellPower ha hecho:

1. Divulgación para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
2. Divulgación a usted o a su tutor legal.
3. Divulgación a un directorio de centros o a los amigos y familiares que participan en su atención o para determinados fines de notificación.
4. Divulgación de información a una institución penitenciaria o a un funcionario de las fuerzas del orden que le tenga bajo su custodia.
5. Divulgación en virtud de una autorización conforme a la HIPAA.
6. Divulgación con fines de inteligencia de seguridad nacional.
7. Divulgaciones que se realizan como parte de un conjunto de datos limitados.
8. Divulgaciones que son incidentes a un uso o divulgación de su PHI que de otro modo estaría permitido.

Detalles de la solicitud

Duración A partir del día: _____ hasta el día: _____

Si busca algo en concreto, por favor, facilite los detalles: _____

X _____
Firma del solicitante

Fecha de la firma